

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

MINI é um instrumento adequado para diagnosticar transtornos bipolar e depressivo maior? Um estudo comparativo entre o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e a entrevista clínica em mulheres homens

Graziela Smaniotto Rodrigues

Porto Alegre, 2022

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

MINI é um instrumento adequado para diagnosticar transtornos bipolar e depressivo maior? Um estudo comparativo entre o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e a entrevista clínica em mulheres e homens

Graziela Smaniotto Rodrigues

Orientador: Prof. Dr. Edison Capp

Coorientador: Prof. Dr. Flávio Milman Shansis

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2022

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Graziela Smaniotto

MINI é um instrumento adequado para diagnosticar transtornos bipolar e depressivo maior? Um estudo comparativo entre o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e a entrevista clínica em mulheres e homens / Graziela Smaniotto Rodrigues. -- 2022.

80 f.

Orientador: Edison Capp.

Coorientador: Flávio Milman Shansis.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Transtorno bipolar. 2. Transtorno Depressivo Maior. 3. Entrevista Clínica. 4. MINI. 5. Concordância. I. Capp, Edison, orient. II. Shansis, Flávio Milman, coorient. III. Título.

*“Que nada nos defina, que nada nos
sujeite. Que a liberdade seja a nossa
própria substância, já que viver é ser livre”.*

Simone de Beauvoir

DEDICATÓRIA

Aos meus amores, João e Pedro, que me acolhem e mimam todos os dias. Vocês foram essenciais nessa caminhada de descobertas científicas.

À minha mãe, Marli Smaniotto, que me deu asas para alcançar os meus sonhos. Ao meu pai, Divor Rodrigues, que, de onde estiver, tenho certeza, vibra com minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Edison Capp, pela oportunidade de retornar a minha querida Universidade e por todos os aprendizados. Ao Professor Flávio Milman Shansis, incentivador da minha entrada no mundo acadêmico, professor inspirador e transformador. Ao Dr. Mateus Reche, que guiou meus primeiros passos pela ciência. À colega Alana Castro Panzenhagen pela parceria e pelos aprendizados científicos e estatísticos. A minha família, pelo incentivo, carinho e compreensão em todos os momentos de ausência. Aos meus amigos, que se orgulham das minhas vitórias. À colega e amiga Alexandra Pereira Bender Nabinger, pela companhia amorosa e essencial. À colega Giorgia Lionço Pellini, presença suave, que permitiu que andássemos juntas para a realização desse estudo. Aos colaboradores do Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos do Humor (PROPESTH) do Hospital Psiquiátrico São Pedro, Francisco Grendene Botti, Lúcio Cardon e Alexandre Kieslich da Silva pelo investimento de cuidado e carinho aos pacientes. Aos residentes e colegas do Ambulatório Melanie Klein, que me acolheram ao longo de 6 anos.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | LISTA DE ABREVIATURAS | 8 |
| | LISTA DE FIGURAS | 10 |
| 2. | RESUMO | 11 |
| 3. | ABSTRACT | 13 |
| 4. | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 5. | REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 5.1 | ESTRATÉGIA DE BUSCA..... | 18 |
| 5.2 | DIAGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS | 20 |
| 5.3 | MAPA CONCEITUAL..... | 21 |
| 5.4 | MARCO CONCEITUAL | 22 |
| 5.4.1 | Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar | 23 |
| 5.4.2 | Instrumentos Diagnósticos | 24 |
| 5.4.3 | MINI Internacional Neuropsychiatric Interview..... | 25 |
| 6. | JUSTIFICATIVA | 26 |
| 7. | OBJETIVOS | 27 |
| 7.1 | OBJETIVO GERAL | 27 |
| 7.2 | OBJETIVO ESPECÍFICO | 27 |
| 8. | HIPÓTESES | 28 |
| 8.1 | HIPÓTESE ALTERNATIVA | 28 |

| | | |
|-----|---|----|
| 8.2 | HIPÓTESE NULA | 28 |
| | REFERÊNCIAS | 29 |
| | ARTIGO | 34 |
| 9. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 51 |
| 10. | PERSPECTIVAS | 52 |
| | ANEXOS | 53 |
| | MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW | 53 |

1. LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| ASC | Área Sob a Curva |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CIDI | Composite International Diagnostic Interview |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (do inglês <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>) |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MINI | Mini International Neuropsychiatric Interview |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PROPESTH | Programa de Pesquisa e Ensino em Transtornos de Humor |
| PRP | Programa de Recrutamento do PROPESTH |
| ROC | Receiver Operating Characteristic |
| SCID | Structured Clinical Interview |
| SCID-P | Structured Clinical Interview for DSM Patient Edition |
| TB | Transtorno Bipolar |
| TDM | Transtorno Depressivo Maior |

| | |
|------------|---------------------------|
| TH | Transtornos de Humor |
| VPP | Valor Preditivo Positivo |
| VPN | Valor Preditivo Negativo |
| WHO | World Health Organization |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Estratégia de busca com os termos “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” | 18 |
| Figura 2 - Estratégia de busca com os termos “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” AND (“mood disorders” OR “bipolar disorder” OR “major depressive disorder”) | 19 |
| Figura 3 - Diagrama de seleção de artigos | 20 |
| Figura 4 - Mapa Conceitual | 21 |

2. RESUMO

Objetivo: O Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliação dos Transtornos Mentais, desempenhando um papel essencial na pesquisa psiquiátrica e na prática clínica e hospitalar. Apesar disso, a precisão do MINI, quando empregado por um psiquiatra, é pouco estudada, particularmente em relação ao Transtorno Bipolar (TB). O diagnóstico precoce de TB e de Transtorno Depressivo Maior (TDM) é de extrema importância, pois oportuniza intervenção que pode reduzir impacto no cotidiano e na funcionalidade do paciente. Como tal, este estudo avalia a adequação do MINI para diagnosticar TB ou TDM em uma amostra de pacientes com Transtornos de Humor.

Método: A concordância entre o MINI e a entrevista clínica foi avaliada em uma amostra de 347 pacientes ambulatoriais pelo cálculo de kappa de Cohen, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e área sob a curva (ASC).

Resultados: A amostra foi composta por 347 pacientes com transtornos de humor. 279 eram mulheres (80,40%), 105 (30,3%) foram diagnosticados com TDM e 242 (69,7%) com TB a partir da avaliação realizada na entrevista clínica. Na avaliação do MINI, 97 indivíduos (28%) foram classificados com diagnóstico de TDM e 250 (72%) com TB. Encontramos uma sensibilidade de 87,2% e especificidade de 62,8% para o MINI no diagnóstico de TB e um kappa de Cohen entre o MINI e a entrevista clínica de 0,51. A ASC foi de 0,75.

Limitações e implicações: A amostra do estudo foi composta apenas por pacientes com Transtornos do Humor, o que pode ser considerado como um viés de seleção. Porém, a amostra composta de pacientes atendidos em serviços terciários de saúde mental, geralmente com quadros moderados a graves, possibilitou a comparação entre grupos mais homogêneos.

Conclusões: O MINI tem maior sensibilidade (87,2%) para o diagnóstico de ME e maior especificidade (87,2%) para o diagnóstico de TDM. Além disso, os valores moderados de kappa de Cohen (0,51) e ASC (0,75) entre o MINI e a entrevista clínica podem ser considerados aceitáveis quando se considera a maioria dos instrumentos de diagnóstico psiquiátrico disponíveis.

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno bipolar, Transtorno Depressivo Maior, Entrevista Clínica, MINI, Concordância

3. ABSTRACT

Background: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) is one of the most-used instruments for assessing Mental Disorders, playing an essential role in psychiatric research and general practice. Despite this, MINI's accuracy when employed by a psychiatrist is little studied, particularly regarding Bipolar Disorders (BD). Early diagnosis of BD and Major Depressive Disorder (MDD) is of extreme importance, as it can alter the development and course of the disorder. As such, this study evaluates MINI's appropriateness for diagnosing BD or MDD in a sample of patients with Mood Disorders.

Methods: Agreement between MINI and the clinical interview was evaluated in a sample of 347 patients by calculating Cohen's kappa, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and area under the curve (AUC).

Results: The sample was composed by 347 patients with mood disorders. 279 were women (80.40%), 105 (30.3%) were diagnosed with MDD and 242 (69.7%) with BD from the assessment performed by the clinical interview. In the MINI assessment, 97 individuals (28%) were classified as having a diagnosis of MDD and 250 (72%) as having BD. We found a sensitivity of 87.2% and specificity of 62.8% for MINI in diagnosing BD and a Cohen's Kappa between MINI and the clinical interview of 0.51. The AUC was 0.75.

Limitations and implications: The study sample consisted only of patients with Mood Disorders, which can be considered as a selection bias. However, the sample composed of patients attended at tertiary mental health services, generally with

moderate to severe conditions, allowed the comparison between more homogeneous groups in secondary mental health care generally present moderate to severe complaints.

Conclusions: Our results show that MINI has greater sensitivity (87.2%) for the diagnosis of BD and greater specificity (87.2%) for the diagnosis of MDD. Additionally, the moderate values for Cohen's kappa (0.51) and AUC (0.75) between MINI and the clinical interview may be considered acceptable when we take the majority of available psychiatric diagnostic instruments into consideration.

KEYWORDS

Bipolar disorder, Major Depressive Disorder, Clinical Interview, MINI, Agreement, Concordance

4. INTRODUÇÃO

Os transtornos de humor (TH), principalmente os transtornos bipolar (TB) e depressivo maior (TDM), representam condições de saúde muito comuns e acarretam prejuízo significativo na qualidade de vida de milhares de pessoas no mundo, sendo uma das principais causas de anos perdidos por incapacidade (WHO, 2022a). Os pacientes acometidos com TB ou TDM apresentam maior morbidade e mortalidade quando comparados a população geral (Rakofsky and Rapaport, 2018) e apresentam comprometimento cognitivo e funcional importantes (Ponsoni et al., 2021; Serati et al., 2015).

O TB e o TDM possuem curso crônico e os pacientes acometidos tem o início correto do tratamento dificultado pela grande variação de apresentações (Azorin et al., 2013), o que contribui significativamente para um pior desfecho clínico. Dessa maneira, o uso rotineiro de instrumentos de avaliação padronizados pode reduzir a variabilidade diagnóstica e o tempo da realização do diagnóstico (Amorim, 2000; Sheehan et al., 1998).

Assim, a partir da dificuldade diagnóstica e do comprometimento funcional dos pacientes, a comparação entre os diagnósticos obtidos pelo MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) e pela entrevista clínica, em uma amostra de pacientes com TH, indicará as qualidades psicométricas do MINI e sua aplicabilidade na prática clínica.

5. REVISÃO DA LITERATURA

A estratégia de busca consistiu em uma pesquisa realizada nas bases de dados PubMed, LILACS/BVS e Scielo com artigos publicados em inglês, espanhol e português no período compreendido entre 1997 e novembro de 2021 (FIGURA 1 e 2).

Na base de dados PubMed, os termos utilizados na busca foram “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” com 114 resultados. Uma segunda busca, com os termos “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” AND (“mood disorders” OR “bipolar disorder” OR “major depressive disorder”) resultou em 47 artigos encontrados.

Na base de dados LILACS/BVS foram encontrados 39 artigos, com as palavras-chave “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” e “clinical interview” e 18 artigos com “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” AND (“mood disorders” OR “bipolar disorder” OR “major depressive disorder”).

Na base de dados Scielo, utilizando todos os índices, foram encontrados 33 artigos com as palavras-chaves “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” e “clinical interview” e nenhum artigo com os termos “Mini Internacional Neuropsychiatric Interview” AND “clinical interview” AND (“mood disorders” OR “bipolar disorder” OR “major depressive disorder”).

Após a busca nessas bases de dados, os artigos foram selecionados pelo título, buscando a maior proximidade com o assunto proposto para o estudo, restando 36 artigos referentes às três plataformas para leitura dos resumos. Após os critérios de

exclusão e retirada de duplicatas, restaram 19 artigos para serem lidos na íntegra. Após a leitura, foram selecionados nove artigos para compor a revisão bibliográfica dessa dissertação.

As principais causas de exclusão dos artigos foram: faixa etária, presença de comorbidades (como, por exemplo, dependência química, transtornos de personalidade) e avaliação de fatores neurológicos e genéticos, restando, dessa forma, os nove artigos que foram lidos na íntegra e utilizados na elaboração do trabalho. (FIGURA 3).

O Mapa Conceitual do estudo está representado na FIGURA 4.

5.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA

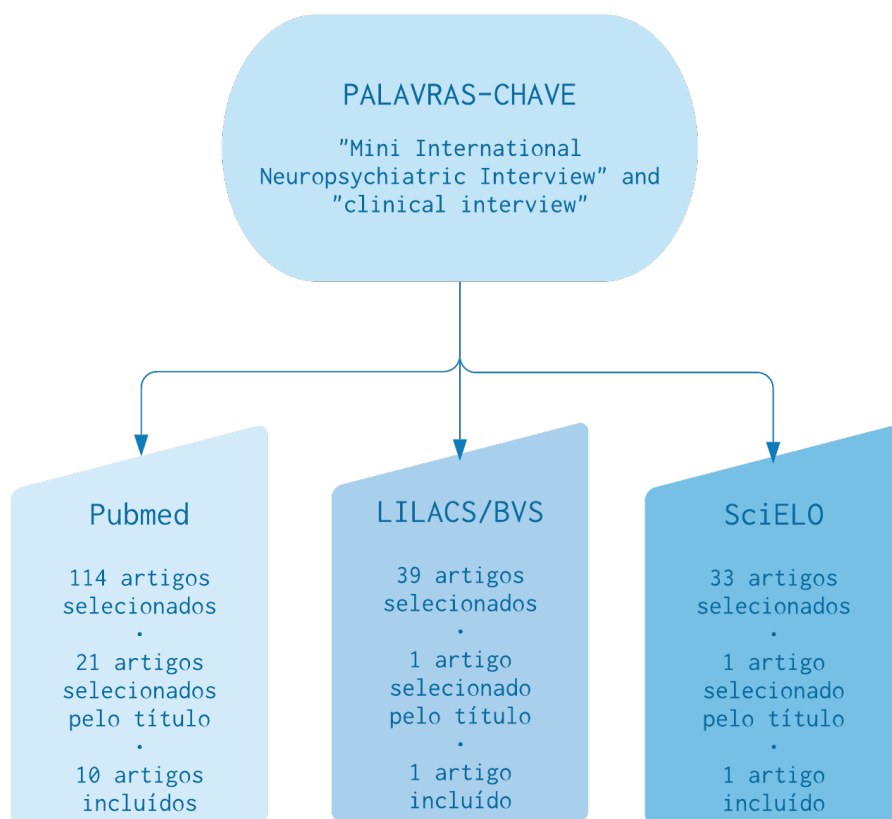


FIGURA 1. Estratégia de busca com os termos "Mini Internacional Neuropsychiatric Interview" AND "clinical interview".

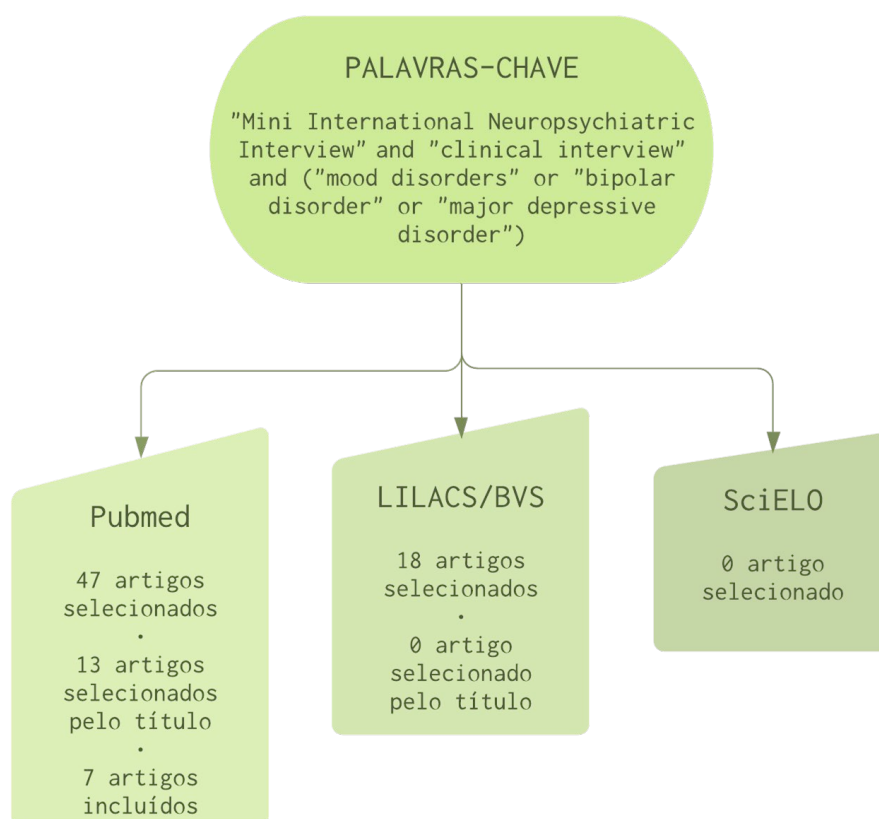


FIGURA 2. Estratégia de busca com os termos "Mini Internacional Neuropsychiatric Interview" AND "clinical interview" AND ("mood disorders" OR "bipolar disorder" OR "major depressive disorder").

5.2 DIAGRAMA DE SELEÇÃO DE ARTIGOS

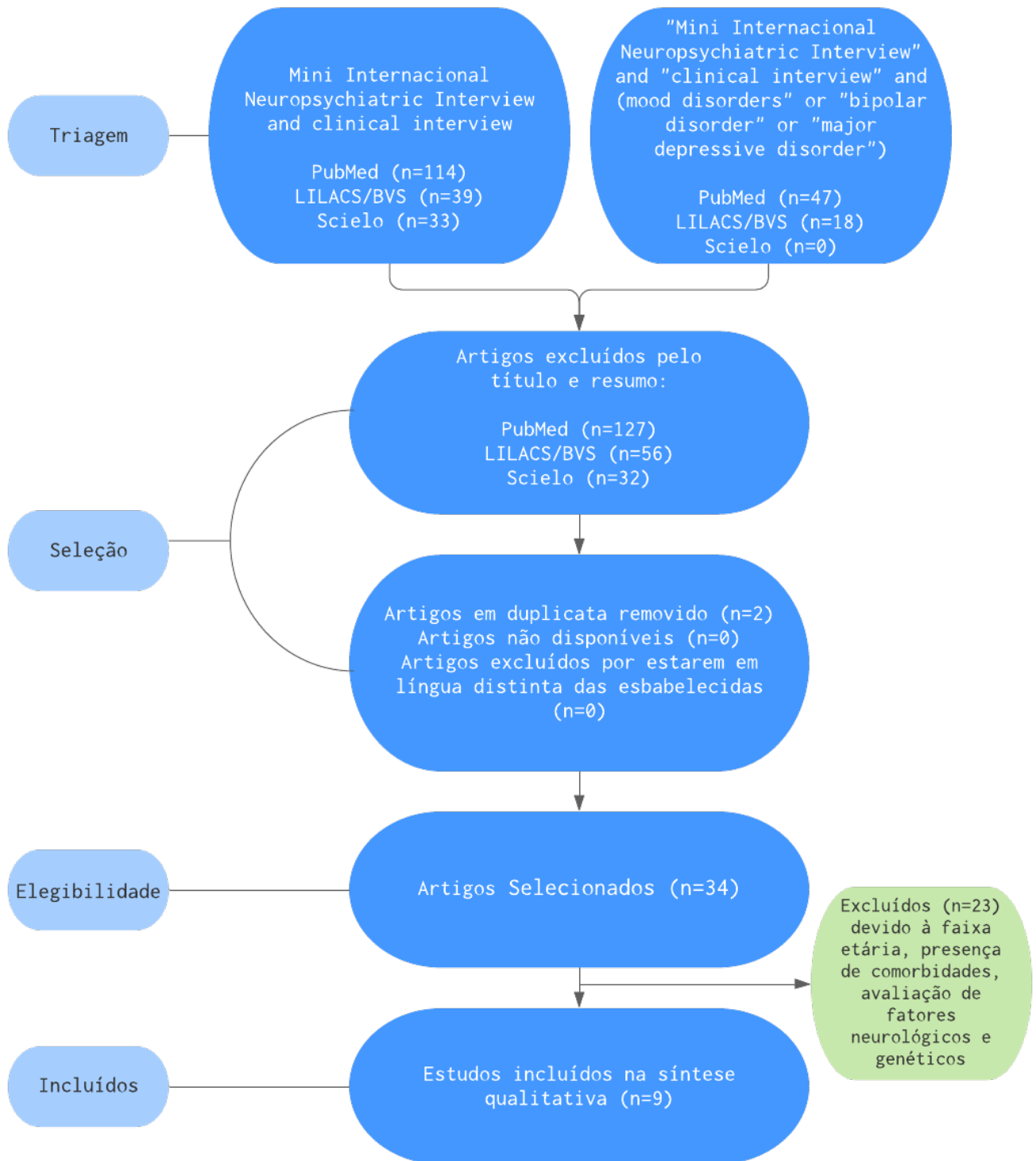


FIGURA 3. Diagrama de seleção de artigos

5.3 MAPA CONCEITUAL

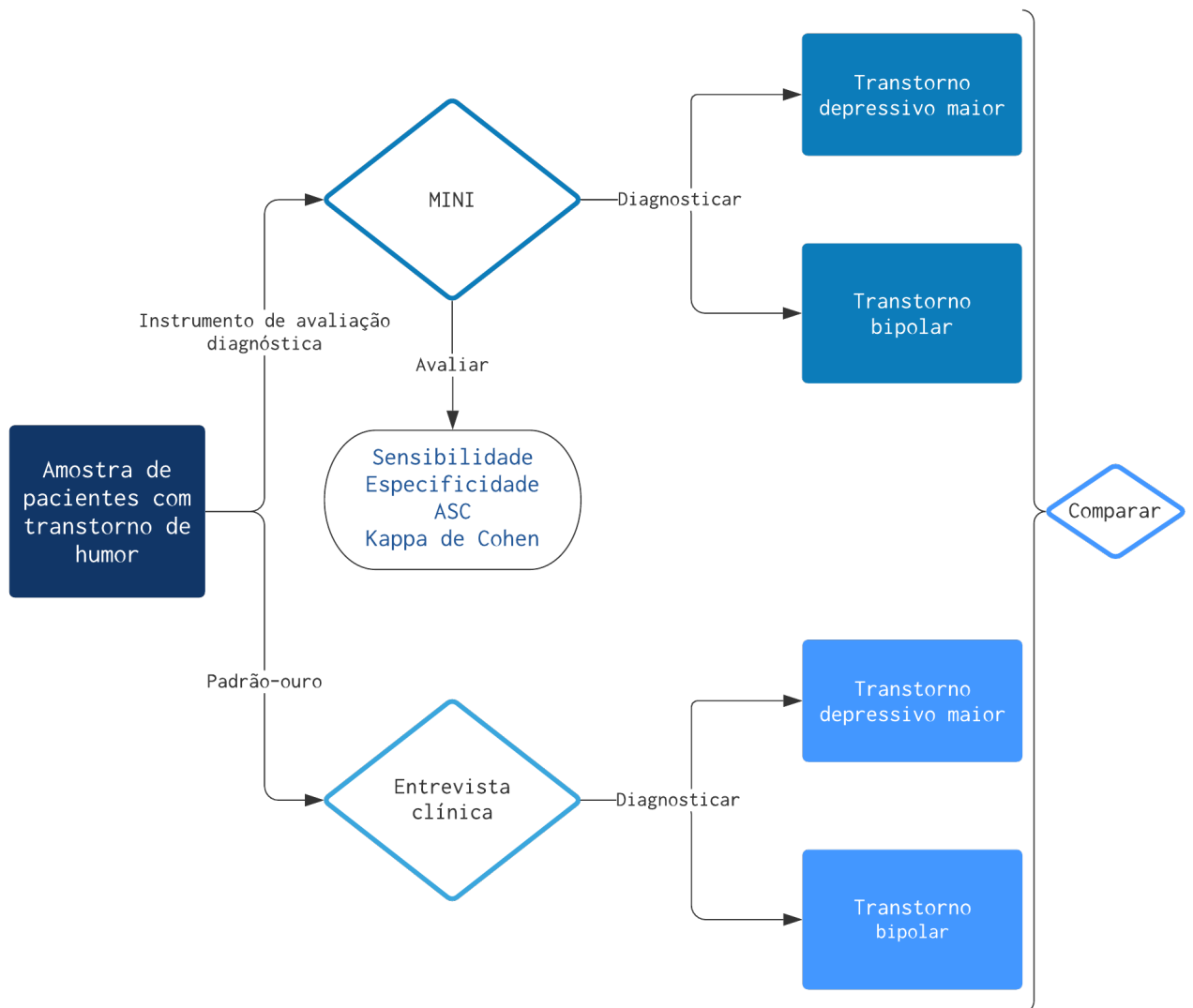


FIGURA 4. Mapa Conceitual

5.4 MARCO CONCEITUAL

Apesar dos avanços na área de biomarcadores e na busca por achados em exames de imagem para realizar diagnósticos mais precisos na psiquiatria, os métodos diagnósticos permanecem baseados em uma avaliação relativamente subjetiva dos sintomas dos pacientes (Soares et al., 2010). Nos locais em que se dispõe de médicos especialistas em psiquiatria, usa-se a entrevista clínica como uma ferramenta de grande valia, uma vez que o entrevistador conta com conhecimento diferenciado para observar a forma de apresentação clínica e os pontos essenciais da anamnese, os quais são de extrema importância para o diagnóstico (Folstein et al., 1975).

Contudo, na investigação entre diagnósticos diferenciais de TB e TDM há a possibilidade de utilizar entrevistas estruturadas, como é o caso do MINI (Lecrubier et al., 1997). Na falta de um teste “padrão ouro” para avaliação de transtorno de humor, a estratégia habitual de validação de ferramentas diagnósticas baseia-se em avaliar a concordância entre os instrumentos (Swann et al., 2013). Diferentemente da maioria dos estudos encontrados na revisão bibliográfica desse trabalho, buscou-se comparar, no presente estudo, a concordância entre o MINI e a entrevista clínica em uma amostra de pacientes com TH. Essa comparação se deu através do cálculo do valor de kappa de Cohen e dos parâmetros de qualidade dos testes diagnósticos, através do cálculo de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN), acurácia e Área sob a curva (ASC).

5.4.1 Transtorno Depressivo Maior e Transtorno Bipolar

A depressão é um transtorno mental comum que afeta mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo, principalmente mulheres (WHO, 2022b). É caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono e apetite alterados, cansaço e falta de concentração (DSM-5, 2013). A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade das pessoas de serem funcionais no trabalho ou nas atividades acadêmicas, assim como a capacidade de lidar com a vida diária. Em seu estado mais grave, a depressão pode levar ao suicídio (OPAS, 2022). O transtorno bipolar afeta cerca de 60 milhões de pessoas em todo o mundo, consistindo em episódios de mania, hipomania, depressão ou estados mistos, separados por períodos de humor considerado normal (OPAS, 2022; Rakofsky and Rapaport, 2018).

A partir desses dados, pode-se afirmar que a saúde mental desempenha um problema de saúde global, sendo o TDM e o TB uma das maiores causas de incapacidade no mundo (WHO, 2022a). O TDM é um transtorno psiquiátrico que tem uma prevalência ao longo da vida de 16% (Kessler et al., 2003), enquanto o transtorno bipolar tem uma prevalência ao longo da vida de cerca de 5%, incluindo todos os pacientes no espectro do TB (Merikangas et al., 2007).

Apenas 20% dos pacientes com TB que apresentam um episódio depressivo são diagnosticado com TB no primeiro ano de procura do tratamento (Jia et al., 2015). O atraso médio entre o início do transtorno e o diagnóstico é de 5 a 10 anos (Grande et al., 2016; Inoue et al., 2015; Van Randenborgh et al., 2012). Assim, tanto a realização de diagnóstico incorreto quanto a demora no diagnóstico e na

implementação do tratamento correto levam a disfuncionalidade dessa população, aumentando as chances de alterações cognitivas e incapacidade a longo prazo dessa população (Gilmour and Patten, 2007).

5.4.2 Instrumentos Diagnósticos

Com a descoberta dos psicofármacos, surgiu a necessidade do desenvolvimento de escalas de mensuração de sintomas e de avaliação dos efeitos das medicações psiquiátricas (Hamilton, 1976). Até o início dos anos 70, havia poucos instrumentos diagnósticos para transtornos mentais e limitados a avaliar construtos, como “doença mental”, “ajuste emocional”, “sintomas psicofisiológicos”. Esse cenário foi modificado a partir da introdução do DSM II, que ganhou importância para a psiquiatria moderna, hierarquizando os diagnósticos e englobando os sintomas em categorias (Andreoli et al., 1998).

Instrumentos padronizados tem sido cada vez mais utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental, na medida em que a entrevista clínica continua sendo considerado a principal abordagem para avaliação dos transtornos psiquiátricos (Pettersson et al., 2018). Na prática clínica, tais instrumentos permitem a documentação do atendimento clínico e muitas vezes podem ser importantes auxiliares no diagnóstico, reduzindo a variabilidade diagnóstica e favorecendo a implementação do tratamento mais indicado e eficaz (Bolsoni and Zuardi, 2015; Streiner, 1998). Na atenção primária, também podem identificar os casos mais graves, possibilitando melhor direcionamento dos recursos disponíveis (Streiner, 1998).

5.4.3 MINI Internacional Neuropsychiatric Interview

O MINI Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI) foi desenvolvido por pesquisadores do Hospital Pitié-Salpêtrière de Paris e da Universidade da Flórida. É uma entrevista estruturada, que visa explorar 17 transtornos mentais (ANEXO 14.1), sendo um questionário considerado breve (15-30min), compatível com os critérios do DSM, que pode ser utilizado por médicos clínicos e psiquiatras após um treinamento considerado rápido (1 a 3 horas) (Sheehan et al., 1998). O MINI tem como prioridade explorar os transtornos atuais e passados, guiando o médico para o diagnóstico e condutas mais indicadas (Amorim, 2000). Além de seu uso na clínica geral, tem sido amplamente utilizado para padronização diagnóstica em pesquisas (Amorim, 2000; Pettersson et al., 2018).

Após a sua criação, a aplicação do MINI por clínicos gerais foi testada contra a entrevista clínica realizada por psiquiatras e uma concordância de diagnóstico de 85% foi encontrada para os cinco transtornos psiquiátricos mais comuns (depressão maior, distímia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e fobia social) (Sheehan et al., 1998). As qualidades psicométricas do MINI também foram comparadas com o Structured Clinical Interview for DSM Patient Edition (SCID-P) e o Composite International Diagnostic Interview (CIDI), apresentando valores de kappa bons ou muito bons na maioria dos diagnósticos psiquiátricos (Sheehan et al., 1998).

6. JUSTIFICATIVA

O diagnóstico de TH permanece complexo às custas de sua variedade de apresentações clínicas. Pacientes com bipolaridade tem risco de complicações devido ao tratamento com antidepressivos sem o uso concomitante de estabilizadores de humor (como exacerbação de mania, ciclagem rápida e indução de estados mistos) (Benazzi and Akiskal, 2001). Também possuem menor chance de ter um tratamento com medicações de primeira linha, apresentando maiores taxas de suicídio, incapacidade e internações (Phillips and Kupfer, 2013).

Assim, a avaliação da adequação do MINI e sua indicação para ser usado na prática clínica pode auxiliar o diagnóstico mais preciso e precoce de TB ou TDM, diminuindo as repercussões dos TH.

7. OBJETIVOS

O objetivo desse estudo é comparar a concordância do MINI com a entrevista clínica e a qualidade do MINI para o diagnosticar TB ou TDM em uma amostra de pacientes com TH, oriunda do Programa de Transtornos de Humor (PROPESTH) junto ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, RS.

7.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do estudo é avaliar a concordância diagnóstica entre a entrevista clínica e o MINI.

7.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Avaliar a qualidade do instrumento MINI, através dos cálculos de sensibilidade, especificidade, VPP, VPN, ASC.
- Avaliar se o MINI pode ser indicada como uma ferramenta auxiliar no diagnóstico diferencial entre TB e TDM;
- Avaliar se o MINI pode auxiliar também na avaliação das categorias de TB (episódio depressivo, episódio maníaco, episódio hipomaníaco e TB com especificador misto).

8. HIPÓTESES

8.1 HIPÓTESE ALTERNATIVA

O MINI tem concordância adequada com a entrevista clínica realizada por psiquiatra para auxiliar na avaliação dos quadros de transtorno de humor.

8.2 HIPÓTESE NULA

O MINI não tem concordância adequada com a entrevista clínica realizada por psiquiatra para auxiliar na avaliação dos quadros de transtorno de humor.

REFERÊNCIAS

- Amorim, P., 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview, *Rev Bras Psiquiatr.*
- Andreoli, S., Blay, L.S., Mari, J.J., 1998. Escalas de rastreamento de psicopatologia / Screening scales of psychopathology. *Rev. Psiquiatr. Clínica* 25, 229–32.
- Azorin, J.M., Baraille, L., Gérard, S., Bertsch, J., Reed, C., Lukasiewicz, M., 2013. Mixed states with predominant manic or depressive symptoms: Baseline characteristics and 24-month outcomes of the EMBLEM cohort. *J. Affect. Disord.* 146, 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.021>
- Benazzi, F., Akiskal, H.S., 2001. Delineating bipolar II mixed states in the Ravenna-San Diego collaborative study: The relative prevalence and diagnostic significance of hypomanic features during major depressive episodes. *J. Affect. Disord.* 67, 115–122. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00444-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00444-X)
- Bolsoni, L.M., Zuardi, A.W., 2015. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J. Bras. Psiquiatr.* 64, 63–69. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000058>
- DSM-5, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Association.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., 1975. A practical state method for. *J. Psychiatr. Res.*, 1975, Vol. 12, pp. 189-198. Pergamon Press. Print. Gt. Britain

12, 189–198.

Gilmour, H., Patten, S.B., 2007. Depression and work impairment. *Health Rep.* 18, 9–22.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., Vieta, E., 2016. Bipolar disorder. *Lancet* 387, 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)

Hamilton, M., 1976. The role of rating scales in psychiatry. *Psychol. Med.* 6, 347–349. <https://doi.org/10.1017/S0033291700015774>

Inoue, T., Inagaki, Y., Kimura, T., Shirakawa, O., 2015. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *J. Affect. Disord.* 174, 535–541. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.023>

Jia, H., Zack, M.M., Thompson, W.W., Crosby, A.E., Gottesman, I.I., 2015. Impact of depression on quality-adjusted life expectancy (QALE) directly as well as indirectly through suicide. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 50, 939–949. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1019-0>

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., Wang, A., Rovner, B., Casten, R., 2003. The epidemiology of major depressive disorder. *Evidence-Based Eye Care* 4, 186–187. <https://doi.org/10.1097/00132578-200310000-00002>

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., Janavs, J., Dunbar, G.C., 1997. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity

according to the CIDI. *Eur. Psychiatry* 12, 224–231.

[https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)

Merikangas, K.R., Akiskal, H.S., Angst, J., Greenberg, P.E., Hirschfeld, R.M.A., Petukhova, M., Kessler, R.C., 2007. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 64, 543–552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>

OPAS, 2022. Transtornos Mentais [WWW Document]. URL <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>

Pettersson, A., Modin, S., Wahlström, R., Af Winklerfelt Hammarberg, S., Krakau, I., 2018. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: A mixed-methods study. *BMC Fam. Pract.* 19, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0674-5>

Phillips, M.L., Kupfer, D.J., 2013. Bipolar Disorder 2 - Bipolar disorder diagnosis: Challenges and future directions. *Lancet* 381, 1663–1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60989-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60989-7)

Ponsoni, A., Branco, L.D., Cotrena, C., Shansis, F.M., Fonseca, R.P., 2021. A longitudinal study of cognition, functional outcome and quality of life in bipolar disorder and major depression. *Appl. Neuropsychol.* 0, 1–7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1979551>

Rakofsky, J., Rapaport, M., 2018. Mood Disorders. *Contin. Lifelong Learn. Neurol.* 24, 804–827. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000604>

- Shansis, F.M., Reche, M., Capp, E., 2016. Evaluating response to mood stabilizers in patients with mixed depression: A study of agreement between three different mania rating scales and a depression rating scale. *J. Affect. Disord.* 197, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.064>
- Soares, O.T., Moreno, D.H., De Moura, E.C., Angst, J., Moreno, R.A., 2010. Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 32, 416–418. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000400015>
- Streiner, D.L., 1998. Thinking small: Research designs appropriate for clinical practice. *Can. J. Psychiatry* 43, 737–741. <https://doi.org/10.1177/070674379804300709>
- Swann, A.C., Lafer, B., Perugi, G., Frye, M.A., Bauer, M., Bahk, W.M., Scott, J., Ha, K., Suppes, T., 2013. Bipolar mixed states: An international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *Am. J. Psychiatry* 170, 31–42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030301>
- Van Randenborgh, A., Hüffmeier, J., Victor, D., Klocke, K., Borlinghaus, J., Pawelzik, M., 2012. Contrasting chronic with episodic depression: An analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. *J. Affect. Disord.* 141, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.039>
- WHO, 2022a. Mental Health [WWW Document]. URL https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- WHO, 2022b. Depression [WWW Document]. URL <https://www.who.int/health->

topics/depression#tab=tab_1

ARTIGO

DIAGNOSIS OF BIPOLAR AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS: MINI OR CLINICAL INTERVIEW?

Graziela Smaniotto Rodrigues^{1,2*}, Giorgia Lionço Pellini^{3*}, Rafael Rocha^{2,4}, Ana Flávia Lima⁵, Marcelo Pio de Almeida Fleck⁵, Alana Castro Panzenhagen^{2,6}, Flávio Milman Shansis^{1,2,4,†}, Edison Capp^{1,†}

1. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil
2. Centro de Pesquisa Translacional em Transtornos de Humor e Suicídio (CEPETTHS), Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, Brazil
3. Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, Brazil
4. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, UNIVATES, Lajeado, Brazil
5. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, UFRGS, Porto Alegre, Brazil
6. Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas: Bioquímica, UFRGS, Porto Alegre, Brazil

*These authors have contributed equally for first authorship

†These authors contributed equally as supervisors of this work

Abstract

Objective: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) is one of the most used instruments for the assessment of Mental Disorders, playing an essential role in psychiatric research and in clinical and hospital practice. Despite this, the accuracy of the MINI, when used by a psychiatrist, is poorly studied, particularly in relation to Bipolar Disorder (BD). The early diagnosis of BD and Major Depressive Disorder (MDD) is extremely important, as it provides an opportunity for intervention that can reduce the impact on the patient's daily life and functionality. As such, this study assesses the suitability of MINI for diagnosing BD or MDD in a sample of patients with mood disorders.

Method: Agreement between the MINI and the clinical interview was assessed in a sample of 347 outpatients by calculating Cohen's kappa, sensitivity, specificity,

positive predictive value, negative predictive value, and the area under the curve (AUC).

Results: The sample consisted of 347 patients with mood disorders. 279 were women (80.40%), 105 (30.3%) were diagnosed with MDD and 242 (69.7%) with BD from the assessment performed in the clinical interview. In the MINI assessment, 97 individuals (28%) were classified with a diagnosis of MDD and 250 (72%) with BD. We found a sensitivity of 87.2% and specificity of 62.8% for the MINI in the diagnosis of BD and a Cohen's kappa between the MINI and the clinical interview of 0.51. The AUC was 0.75.

Conclusions: MINI has greater sensitivity (87.2%) for the diagnosis of BD and greater specificity (87.2%) for the diagnosis of MDD. In addition, the moderate Cohen kappa (0.51) and AUC (0.75) values between the MINI and the clinical interview are acceptable when considering most available psychiatric diagnostic tools.

Keywords: Bipolar disorder, Major Depressive Disorder, Clinical Interview, MINI, Agreement, Concordance

1. INTRODUCTION

Structured diagnostic instruments are commonly used in psychiatric research settings. Nevertheless, the clinical interview continues to be the gold standard for assessing psychiatric disorders (Pettersson et al., 2018). In addition, the routine use of standardized assessment instruments can reduce diagnostic variability, thus having an established role in psychiatric research and clinical practice (Amorim, 2000; Sheehan et al., 1998).

The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) was developed as a psychiatric evaluation tool for general practice (Sheehan et al., 1998). It is a brief questionnaire (15-30 minutes long) covering 17 psychiatric diagnoses. It has a “yes” or “no” closed question format, facilitating the interpretation in comparison to open questions (Pettersson et al., 2018). MINI's application by general practitioners tested against the clinical interview performed by psychiatrists presented a diagnosis agreement of 85% for the five most common psychiatric disorders (Sheehan et al.,

1998). Major depressive disorder (MDD) presented the highest values of Cohen's kappa (0.68) and sensitivity (86%), and presented the lowest specificity (84%) relative to the other four psychiatric disorders evaluated (Sheehan et al., 1998). Regarding MINI's psychometric properties compared to the Structured Clinical Interview for DSM, Patient Edition (SCID-P) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Sheehan (Sheehan et al., 1998) found that MINI has good or very good kappa values, except for current drug dependence in SCID-P and simple phobia and generalized anxiety disorder in CIDI, showing kappa's values below 0.50 in both instruments. Amorim (Amorim, 2000) confirmed these results when comparing the agreement between MINI diagnoses to SCID-P and CIDI, showing good or very good kappa values, with the same exceptions found in Sheehan's study for current drug dependence in SCID-P and for simple phobia and generalized anxiety disorder in CIDI, where both instruments also presented kappa's values below 0.50.

Beyond its use for general practice, MINI has been widely used for diagnostic standardization in research (Amorim, 2000). Furthermore, according to a PubMed literature search using the terms "MINI International Neuropsychiatric Interview" and "Structured Clinical Interview for DSM", MINI has been used more than SCID in the past ten years, resulting in 34995 and 2444 articles, respectively. This is particularly relevant since SCID is a DSM-based tool, which, besides ICD, is the main reference for diagnosis in psychiatry (First et al., 2021). Regarding the comparison of the accuracy of MINI with the interview performed by a psychiatrist, studies are relatively uncommon, with the comparison of MINI with other diagnostic tools being more studied overall (Rettew et al., 2009).

Early BD and MDD diagnoses are essential because they can alter the course of the disorder's evolution in terms of cognitive and functional impairment (Ponsoni et al., 2021; Saraf et al., 2021). As such, diagnostic accuracy is crucial to the challenge of differentiating BD from MDD, making MINI potentially decisive in the investigation of these disorders. Therefore, this study aims to evaluate the appropriateness of MINI for diagnosing MDD and BD compared to the clinical interview in a sample of patients with mood disorders in tertiary mental health care.

2. METHODS

Participants

The sample consists of 347 individuals diagnosed with mood disorders assessed at the Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) outpatient tertiary mental health care unit, a public psychiatric hospital in Porto Alegre, Brazil. Patients suspected of experiencing an episode of mood disorder were referred to the clinic through the basic public health units, the private healthcare network, local press, or social media.

The inclusion criteria were the following: a) being 18 to 65 years old; b) presenting MDD or BD according to DSM-IV criteria; c) agreeing to participate in the drug-treatment protocol as described elsewhere (Lima et al., 2018; Shansis et al., 2016); d) being able to understand and complete self-administered instruments; e) having presented mood disorder symptoms in the past thirty days assessed by the Patient Health Questionnaire (PHQ9) for major depressive disorder (De Lima Osório et al., 2009) and by the Hypomanic Symptoms Checklist, Brazilian Version (HCL- BV-32) for bipolar disorder (Soares et al., 2010).

The exclusion criteria were the following: a) presenting organic cerebral syndrome; b) being pregnant or breastfeeding; c) exhibiting psychotic symptoms at the time of evaluation; d) presenting substance abuse within thirty days of evaluation; d) scoring less than 22 on the Mini-Mental State Exam (MMSE) (Folstein et al., 1975). In addition, patients presenting acute risk of suicide were referred for evaluation in a psychiatric emergency facility.

The present study was approved by the Research Ethics Committee of Hospital Psiquiátrico São Pedro, in Porto Alegre (CAAE number: 65902617.7.0000.5332/2.089.855). Participants were fully informed of all study procedures and signed informed consent. The confidentiality of the data was ensured.

All participants completed the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) Brazilian version 5.0.0 (Lecrubier et al., 2002). It was administered by medical

students recruited through a selective process and by residents in psychiatry who completed extensive training on applying this diagnostic tool.

Participants who received a mood disorder diagnosis through MINI also underwent a clinical interview performed by a clinical psychiatrist with expertise in mood disorders (Shansis et al., 2016). Both diagnostic methods were applied in the participant's first evaluation (point zero in the outpatient program).

Statistical analysis

Data collection was performed by reviewing the patients' medical records, containing MINI and clinical interview diagnoses. The parametricity of quantitative variables was tested through Shapiro-Wilk. Categorical variables were expressed as absolute frequencies and percentages, while quantitative variables were expressed as medians. Categorical variables (sex and occupational state) were analyzed using the Cramér's V test, while quantitative variables (age and completed years of education) were analyzed using the Kruskal-Wallis test.

MINI sensitivity (S), specificity (E), positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and the area under the receiver operator characteristic curve (AUC) (Hanley and McNeil, 1982) were calculated considering the clinical interview as the gold standard. In addition, Cohen's kappa coefficient (Fleiss, 1971) was used to assess MINI's agreement with the clinical interview.

The Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 18.0; Armonk, n.d.).

3. RESULTS

Of the 347 participants, 279 were women (80.40%). The sample consisted of individuals with mood disorders and the evaluation by clinical interview resulted in 105 individuals (30.3%) diagnosed with MDD and 242 individuals (69.7%) with BD. In the MINI assessment, 97 participants (28%) were classified as having a diagnosis of MDD and 250 participants (72%) had a diagnosis of BD. BD diagnosis included BD

type I and BD type II, with a description of the current episode (major depressive episode, manic episode, and hypomanic episode) and BD with mixed features. The other clinical and sociodemographic characteristics are summarized in Tables 1 and 2. In Table 1, the evaluated characteristics refer to the clinical interview and in Table 2 to the MINI. There is an evident discrepancy of the prevalence of BD and MDD patients when compared to what one would expect in the general population (Inoue et al., 2015; Verhoeven et al., 2017). This is explained by the nature of the clinical setting, tertiary and most likely to enroll more severe cases. In both the clinical interview and MINI assessments, patients diagnosed with BD with mixed features had the least number of completed years of study. In addition, most of our sample is in the categories of unemployed, with temporary disability, disability due to psychiatric problems or other illnesses, which is in agreement with the literature (Grande et al., 2016).

The agreement analysis between the clinical interview and MINI showed a Kappa value of 0.51, as shown in Table 3, referring to both the diagnosis of MDD and the diagnosis of BD. When the BD categories were evaluated separately, Kappa had lower values (0.27 for BD I Depressive Episode, 0.30 for BD II Depressive Episode, and 0.47 for BD with mixed features). From the analysis of diagnostic tests, a value of 87.2 was obtained both for specificity for the diagnosis of MDD and sensitivity for the diagnosis of BD by MINI (Table 4). The ROC and AUC curves referring to the evaluation of MINI are depicted in Figure 1, expressing the relationship between the sensitivity and specificity of the tests. The diagnosis of MDD and BD had an AUC of 0.75, indicating the performance of the diagnostic test.

4. DISCUSSION

Our study intended to evaluate MINI's capacity as an instrument to differentiate between BD and MDD in patients with depressive symptoms. The sensitivity value for MINI (0.87) found for diagnosing BD shows that MINI can be a valuable instrument for minimizing false negatives. In BD, the number of weeks with depressive symptomatology is greater than the number with manic symptomatology by a 3:1 ratio in BD-I and 39:1 in BD-II (Brenner and Shyn, 2014). Therefore, it would be advantageous to use a sensitive diagnostic instrument such as MINI to screen

patients with a possible BD diagnosis. Also reinforcing the importance of investigating BD in patients with a major depressive episode is the fact that 25.4% of them might be bipolar (Inoue et al., 2015).

We found a moderate value for MINI's specificity to diagnose BD (62.8%). Another study that evaluated a sample of bipolar patients, looking at other psychiatric comorbidities, found a higher specificity (97.5%) (Verhoeven et al., 2017). When a diagnostic tool is used to evaluate more comorbidities, it might be easier to identify the diagnosis driving the phenotype. This is automatically done by a trained clinical psychiatrist, since it is crucial to identify the most impairing psychiatric diagnosis, treating it first, which frequently alleviates other associated symptoms as a consequence. It should be noted that in our study, comorbidities were not evaluated, but patients with comorbidities were also not excluded, which could explain this difference. Hence, MINI could be a vital screening tool for BD, with the caveat that it has moderate diagnostic specificity when comorbidities are not assessed.

Regarding the demographic data, we found, as was expected, that a high percentage of patients with BD-II and in a depressive episode had stopped working because they were temporarily incapacitated, hindered by psychiatric problems or other related causes. This data reflects the high rate of occupational dysfunction and morbidity in this population (Berk and Dodd, 2005; Judd et al., 2003; Solé et al., 2016).

The present study found values of 0.51 for Cohen's Kappa and 0.75 for AUC for the diagnoses of MDD and BD, with this Kappa value being considered moderate (Landis and Koch, 1977). When evaluating the BD diagnoses separately, we found Kappa values in the regular-moderate range between the clinical interview and MINI. However, they do not invalidate MINI's use, since most available psychiatric diagnostic instruments rarely achieve high accuracy (Margoto, 2018). Furthermore, our data corroborates another study that found similar levels of agreement using a different population-based sample (Verhoeven et al., 2017). Taken together, these results may be better explained as a function of the greater number of diagnoses elucidated by MINI. On the other hand, the typical clinical assessment focuses on a single, primary diagnosis. It is known that patients with BD-II tend to be diagnosed later than those with BD-I or be incorrectly diagnosed as having recurrent MDD (Altamura et al., 2018; Perlis, 2005; Serati et al., 2015). Therefore, it seems to be

favorable to use MINI as an ancillary instrument in the early diagnosis of BD to avoid improper treatment and relapse.

In summary, our data suggest that while MINI's high sensitivity (87.2%) can facilitate early identification of BD, its moderate specificity (62.8%) hinders a more precise diagnosis (Inoue et al., 2020; Pinninti et al., 2003).

Strength and Limitations

Our study stands apart for evaluating a sample composed exclusively of patients seeing a tertiary Mood Disorders Program. MINI seems to be an appropriate diagnostic tool for general practitioners who work in primary care services. Beyond this, it could also be incorporated into routine psychiatric evaluations of outpatients and inpatients (de Azevedo Marques and Zuardi, 2008; Pinninti et al., 2003). It has the potential to differentiate a diagnosis of MDD from BD. However, this selfsame strength of the study could also be seen as a selection bias. This is because patients in tertiary mental health care, as in our sample, generally present more moderate to severe complaints relative to those in primary care (Verhoeven et al., 2017).

Another limitation of our study is the fact that other diagnostic instruments were not used in comparison. However, it is important to stress that, studies that compared MINI to other tools, such as SCID and CIDI, demonstrated equivalence in their diagnostic capacities (Amorim, 2000).

5. REFERENCES

- Altamura, A.C., Buoli, M., Cesana, B., Dell'Osso, B., Tacchini, G., Albert, U., Fagiolini, A., de Bartolomeis, A., Maina, G., Sacchetti, E., 2018. Socio-demographic and clinical characterization of patients with Bipolar Disorder I vs II: a Nationwide Italian Study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 268, 169–177. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0791-0>
- Amorim, P., 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de

- entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 22, 106–115. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462000000300003>
- Berk, M., Dodd, S., 2005. Bipolar II disorder: A review. *Bipolar Disord.* 7, 11–21. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00152.x>
- Brenner, C.J., Shyn, S.I., 2014. Diagnosis and Management of Bipolar Disorder in Primary Care. A DSM-5 Update. *Med. Clin. North Am.* <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.004>
- de Azevedo Marques, J.M., Zuardi, A.W., 2008. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen. Hosp. Psychiatry* 30, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.02.001>
- De Lima Osório, F., Vilela Mendes, A., Crippa, J.A., Loureiro, S.R., 2009. Study of the discriminative validity of the phq-9 and phq-2 in a sample of brazilian women in the context of primary health care. *Perspect. Psychiatr. Care* 45, 216–227. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>
- First, M.B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., Kogan, C.S., Saunders, J.B., Poznyak, V.B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C.R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K.M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R.B., Briken, P., Burke, J.D., Lochman, J.E., Evans, S.C., Woods, D.W., Reed, G.M., 2021. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry* 20, 34–51. <https://doi.org/10.1002/wps.20825>
- Fleiss, J.L., 1971. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol. Bull.* 76, 378–382. <https://doi.org/10.1037/h0031619>
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R., 1975. A practical state method for. *J. psychiaf. Res.*, 1975, Vol. 12, pp. 189-198. Pergamon Press. Print. Gt. Britain 12, 189–198.
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., Vieta, E., 2016. Bipolar disorder. *Lancet* 387, 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Hanley, J.A., McNeil, B.J., 1982. The meaning and use of the area under a receiver

operating characteristic (ROC) curve. *Radiology* 143, 29–36.

<https://doi.org/10.1148/radiology.143.1.7063747>

IBM SPSS Statistics for Windows, Version 18.0; Armonk, N.I.C., n.d. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 18.0; Armonk, NY: IBM Corp.

Inoue, T., Inagaki, Y., Kimura, T., Shirakawa, O., 2015. Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *J. Affect. Disord.* 174, 535–541. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.023>

Inoue, T., Kimura, T., Inagaki, Y., Shirakawa, O., 2020. Prevalence of comorbid anxiety disorders and their associated factors in patients with bipolar disorder or major depressive disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 16, 1695–1704. <https://doi.org/10.2147/NDT.S246294>

Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Coryell, W., Maser, J., Rice, J.A., Solomon, D.A., Keller, M.B., 2003. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders?, *Journal of Affective Disorders*.

Landis, R., Koch, G., 1977. An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers Author (s): J. Richard Landis and Gary G. Koch Published by: International Biometric Society Stable URL: <https://www.jstor.org/stab>. *Biometrics* 33, 363–374.

Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L.I., Lépine, J.P., Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Sheehan, K.H., Knapp, E., Sheehan, M., 2002. MINI Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 Tradução para o português (Brasil): P. Amorim.

Lima, A.F., Miguel, S.R., Cohen, M., Zimmermann, J.J., Shansis, F.M., Cruz, L.N., Ziegelmann, P.K., Polanczyk, C.A., Fleck, M.P., 2018. Effectiveness evaluation of mood disorder treatment algorithms in Brazilian public healthcare patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 40, 26–34. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2147>

Margoto, P.R., 2018. Curva ROC: como fazer e interpretar no SPSS. [WWW Document]. <http://paulomargotto.com.br/curva-roc-como-fazer-e-interpretar-no-spss/>. URL <http://paulomargotto.com.br/curva-roc-como-fazer-e-interpretar-no-spss/>.

spss/

- Perlis, R.H., 2005. Misdiagnosis of bipolar disorder. *Am. J. Manag. Care* 11, 271–274.
- Pettersson, A., Modin, S., Wahlström, R., Af Winklerfelt Hammarberg, S., Krakau, I., 2018. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: A mixed-methods study. *BMC Fam. Pract.* 19. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0674-5>
- Pinninti, N.R., Madison, H., Musser, E., Rissmiller, D., 2003. MINI International Neuropsychiatric Schedule: Clinical utility and patient acceptance. *Eur. Psychiatry* 18, 361–364. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.03.004>
- Ponsoni, A., Branco, L.D., Cotrena, C., Shansis, F.M., Fonseca, R.P., 2021. A longitudinal study of cognition, functional outcome and quality of life in bipolar disorder and major depression. *Appl. Neuropsychol.* 0, 1–7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1979551>
- Rettew, D.C., Lynch, A.D., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Ivanova, M.Y., 2009. Meta-analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 18, 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.289>
- Saraf, G., Moazen-Zadeh, E., Pinto, J.V., Ziafat, K., Torres, I.J., Kesavan, M., Yatham, L.N., 2021. Early intervention for people at high risk of developing bipolar disorder: a systematic review of clinical trials. *The Lancet Psychiatry* 8, 64–75. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30188-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30188-7)
- Serati, M., Buoli, M., Altamura, A.C., 2015. Factors that affect duration of untreated illness in pregnant women with bipolar disorder. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 213, 876. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.004>
- Shansis, F.M., Reche, M., Capp, E., 2016. Evaluating response to mood stabilizers in patients with mixed depression: A study of agreement between three different mania rating scales and a depression rating scale. *J. Affect. Disord.* 197, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.064>

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C., 1998. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 59, 22–33.
- Soares, O.T., Moreno, D.H., De Moura, E.C., Angst, J., Moreno, R.A., 2010. Reliability and validity of a Brazilian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) compared to the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 32, 416–418. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000400015>
- Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., del Mar Bonnin, C., Torres, I., Reinares, M., Priego, Á., Salamero, M., Colom, F., Varo, C., Vieta, E., Martínez-Arán, A., 2016. Cognitive variability in bipolar II disorder: WHO is cognitively impaired and who is preserved. *Bipolar Disord.* 18, 288–299. <https://doi.org/10.1111/bdi.12385>
- Verhoeven, F.E.A., Swaab, L.S.M.A., Carlier, I.V.E., van Hemert, A.M., Zitman, F.G., Ruhé, H.G., Schoevers, R.A., Giltay, E.J., 2017. Agreement between clinical and MINI diagnoses in outpatients with mood and anxiety disorders. *J. Affect. Disord.* 221, 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.041>

Table 1 - Summary of the characteristics of the general sample divided according to the diagnoses of the Clinical Interview.

| Variable | Unit | Clinical Interview Diagnoses | | | | | <i>p</i> value |
|-------------------------|--------|------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
| | | MDD | BD | BD I DEP | BD II DEP | BD MIXED | |
| Sex | n (%) | | | | | | <i>0.895</i> |
| Female | | 82 (78.1) | 197 (81.4) | 52 (82.5) | 39 (83.0) | 104 (80.6) | |
| Male | | 23 (21.9) | 45 (18.6) | 11 (17.5) | 8 (17.0) | 25 (19.4) | |
| Age | Median | 41.00 | 40.00 | 41.00 | 36.00 | 41.00 | <i>0.351</i> |
| Complete years of study | Median | 10.00 | 10.00 | 10.00 | 11.00 | 9.00 | <i>0.017</i> |
| Occupational state | n (%) | | | | | | <i>0.232</i> |
| Unemployed | | 26 (29.5) | 62 (28.4) | 19 (33.9) | 7 (17.5) | 36 (30.3) | |
| In activity | | 31 (35.2) | 78 (35.8) | 18 (32.1) | 15 (37.5) | 43 (36.1) | |
| Retired | | 5 (5.7) | 4 (1.8) | 2 (3.6) | 0 (0.0) | 2 (1.7) | |
| Others | | 26 (29.6) | 74 (35.7) | 17 (30.4) | 18 (45.0) | 38 (31.9) | |

Note: n=sample size, p=percentage, MDD = Major Depressive Disorder, BD = Bipolar Disorder, BD I DEP = Bipolar I Disorder depressive episode, BD MIXED = Bipolar Disorder with mixed features, BD II DEP = Bipolar II Disorder Depressive Episode; Others = includes disability due to psychiatric problems, temporary disability or other conditions.

p value sex and occupational state based on Cramer's V – Test and age and complete years of study based on Kruskal-Wallis Test.

BD I Manic Episode and BD II Hypomanic Episode did not have diagnostic compatibility between the diagnostic methodologies. BD I Hypomanic Episode had a sample size judged to be insufficient.

Table 2 - Summary of the characteristics of the general sample divided according to the diagnoses of the MINI.

| Variable | Unit | MINI | | | | | <i>p value</i> |
|-------------------------|--------|-----------|------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
| | | MDD | BD | BD I DEP | BD II DEP | BD MIXED | |
| Sex | n (%) | | | | | | <i>0.383</i> |
| Female | | 81 (83.5) | 198 (79.2) | 69 (75) | 39 (84.8) | 80 (80.8) | |
| Male | | 16 (16.5) | 52 (20.8) | 23 (25) | 7 (15.2) | 19 (19.2) | |
| Age | Median | 44.00 | 40.00 | 41.00 | 37.00 | 41.00 | <i>0.109</i> |
| Complete years of study | Median | 16.00 | 10.00 | 11.00 | 11.00 | 8.00 | <i>0.185</i> |
| Occupational state | n (%) | | | | | | <i>0.121</i> |
| Unemployed | | 24 (28.6) | 64 (28.8) | 22 (28.6) | 10 (25.6) | 26 (28.3) | |
| In activity | | 29 (34.5) | 80 (36) | 23 (29.9) | 17 (43.6) | 34 (37) | |
| Retired | | 4 (4.8) | 5 (2.3) | 4 (5.2) | 0 (0) | 0 (0) | |
| Others | | 27 (32.2) | 73 (32.9) | 28 (36.4) | 12 (30.7) | 32 (34.8) | |

Note: n=sample size, p=percentage, MDD = Major Depressive Disorder, BD = Bipolar Disorder, BD I DEP = Bipolar I Disorder depressive episode, BD MIXED = Bipolar Disorder with mixed features, BD II DEP = Bipolar II Disorder Depressive Episode; Others = includes disability due to psychiatric problems, temporary disability or other conditions.

p value sex and occupational state based on Cramer's V – Test and age and complete years of study based on Kruskal-Wallis Test.

BD I Manic Episode and BD II Hypomanic Episode did not have diagnostic compatibility between the diagnostic methodologies. BD I Hypomanic Episode had a sample size judged to be insufficient.

Table 3 - Kappa coefficient values between diagnoses of mood disorder by MINI and by the clinical interview.

| Diagnosis | MINI | | Clinical Interview | | Kappa |
|---------------------------|------|------|--------------------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Major Depressive Disorder | 97 | 28.0 | 105 | 30.3 | 0.51 |
| Bipolar Disorder | 250 | 72.0 | 242 | 69.7 | 0.51 |
| BD I Depressive Episode | 92 | 26.5 | 63 | 18.2 | 0.27 |
| BD II Depressive Episode | 45 | 13.0 | 47 | 13.5 | 0.30 |
| BD with mixed features | 99 | 28.5 | 123 | 35.4 | 0.47 |

Note: MINI = M.I.N.I. Internacional Neuropsychiatric Interview; BD I = Bipolar I Disorder; BD II = Bipolar II Disorder; BD with mixed features = Bipolar Disorder with mixed features.

BD I Manic Episode and BD II Hypomanic Episode did not have diagnostic compatibility between the diagnostic methodologies. BD I Hypomanic Episode had a sample size judged to be insufficient.

Table 4 - Agreement between the MINI and clinical diagnosis for mood disorders.

| Diagnosis | Sensitivity (%) | Specificity (%) | PPV (%) | NPV (%) | Accuracy (%) |
|---------------------------|-----------------|-----------------|---------|---------|--------------|
| Major Depressive Disorder | 62.8 | 87.2 | 68.0 | 84.4 | 79.8 |
| Bipolar Disorder | 87.2 | 62.8 | 84.4 | 68.0 | 79.8 |
| BD I Depressive Episode | 52.4 | 79.2 | 35.9 | 88.2 | 74.4 |
| BD II Depressive Episode | 38.3 | 91.0 | 40.0 | 90.4 | 83.9 |
| BD with mixed features | 56.9 | 87.5 | 71.7 | 79.0 | 76.9 |

Note: MINI = M.I.N.I. Internacional Neuropsychiatric Interview; BD I = Bipolar I Disorder; BD II = Bipolar II Disorder; BD with mixed features = Bipolar Disorder with mixed features.

BD I Manic Episode and BD II Hypomanic Episode did not have diagnostic compatibility between the diagnostic methodologies. BD I Hypomanic Episode had a sample size judged to be insufficient.

PPV = Positive Predictive Value

NPV = Negative Predictive Value

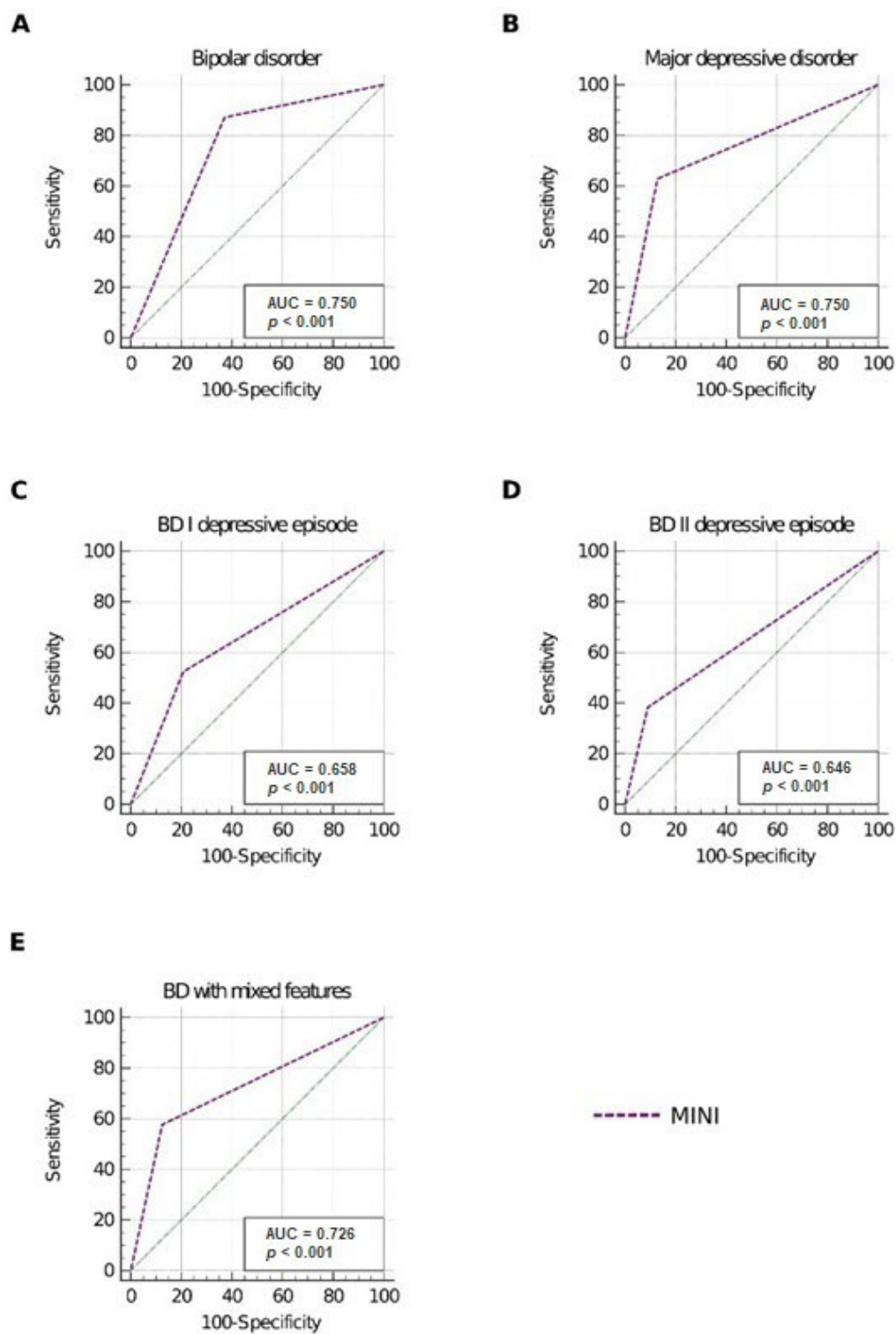


Figura 1: Curvas ROC MINI em relação à entrevista clínica e valores de AUC.

BD I = Bipolar I Disorder; BD II = Bipolar II Disorder; BD with mixed features = Bipolar Disorder with mixed features.

AUC = Area Under the Curve of the Receiver Operator Characteristic.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se destaca por avaliar uma amostra composta exclusivamente por pacientes atendidos em um programa terciário de TH, no entanto essa mesma força do estudo pode ser vista como um viés de seleção.

A partir dessa avaliação, o MINI parece ser uma ferramenta diagnóstica adequada para clínicos gerais que atuam em serviços de atenção primária e para ser incorporado às avaliações psiquiátricas de rotina de pacientes ambulatoriais e internados, já que apresenta uma concordância considerada moderada com a entrevista clínica. Da mesma forma, a avaliação do MINI como instrumento de diferenciação entre TB e TDM em pacientes com transtorno depressivo indicou que esse instrumento tem sensibilidade adequada, podendo ser de grande valia para minimizar falsos negativos e rastrear pacientes com um possível diagnóstico de TB.

Dessa maneira, utilizar o MINI para evitar tratamento inadequado e recidivas parece ser favorável. Cabe ressaltar que os dados encontrados no nosso estudo sugerem que a alta sensibilidade do MINI pode facilitar a identificação precoce de TB, mas sua especificidade moderada pode dificultar um diagnóstico mais preciso.

10.PERSPECTIVAS

A continuidade de estudos que permitam diagnósticos mais precisos em psiquiatria, principalmente entre TB e TDM, é de grande relevância. Os quadros de TH são prevalentes e graves no mundo todo, gerando um impacto importante na qualidade de vida da população. Além de serem considerados os diagnósticos que mais incapacitam no mundo, o TB e o TDM geram altos custos a nível de saúde pública, tanto pela disfuncionalidade dos pacientes, quanto pela necessidade de uso de múltiplos fármacos e internações psiquiátricas.

ANEXOS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

| | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Nome do(a) entrevistado(a): _____ | Número do protocolo: _____ |
| Data de nascimento: _____ | Hora de início da entrevista: _____ |
| Nome do(a) entrevistador(a): _____ | Hora do fim da entrevista: _____ |
| Data da entrevista: _____ | Duração total da entrevista: _____ |

| MÓDULOS | PERÍODO EXPLORADO | CRITÉRIOS PREENCHIDOS | DSM-IV | CID-10 |
|--|--|--|---|----------------|
| A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM) | Anual (2 semanas) | <input type="checkbox"/> | 296.20-296.26 Único | F32.x |
| | Recorrente | <input type="checkbox"/> | 296.30-296.36 Recorrente | F33.x |
| EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional) | Anual (2 semanas) | <input type="checkbox"/> | 296.20-296.26 Único 296.30-296.36 Recorrente | F32.x F33.x |
| B TRANSTORNO DISTÍMICO | Anual (Últimos 2 anos) | <input type="checkbox"/> | 300.4 | F34.1 |
| C RISCO DE SUICÍDIO | Anual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto | <input type="checkbox"/> | nenhum | nenhum |
| D EPISÓDIO MANÍACO F31.9 | Anual | <input type="checkbox"/> | 296.00-296.06 | F30.x- |
| | Passado | <input type="checkbox"/> | | |
| EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0 | Anual | <input type="checkbox"/> | 296.80-296.89 | F31.8- |
| | Passado | <input type="checkbox"/> | | |
| E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0 | Anual (Último mês) Vida inteira | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 300.01/300.21 | F40.01- |
| F AGORAFOBIA | Anual | <input type="checkbox"/> | 300.22 | F40.00 |
| G FOBIA SOCIAL | Anual (Último mês) | <input type="checkbox"/> | 300.23 | F40.1 |
| H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC) | Anual (Último mês) | <input type="checkbox"/> | 300.3 | F42.8 |
| I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO | Anual (Último mês) | <input type="checkbox"/> | 309.81 | F43.1 |
| J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ABUSO DE ÁLCOOL | (Últimos 12 meses) | <input type="checkbox"/> | 303.9 | F10.2x |
| | (Últimos 12 meses) | <input type="checkbox"/> | 305.00 | F10.1 |
| K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) | (Últimos 12 meses) | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90 | F11.0-F19.1 |
| | (Últimos 12 meses) | <input type="checkbox"/> | 304.00-90/305.20-90 | F11.0-F19.1 |
| L SÍNDROME PSICÓTICA TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS F32.3/F33.3/F31.2 | Anual | <input type="checkbox"/> | | |
| | Vida inteira | <input type="checkbox"/> | | |
| | Anual | <input type="checkbox"/> | 296.24/296.04 | |
| F32.3/F33.3/F31.2 | Vida inteira | <input type="checkbox"/> | 296.24/296.04 | |
| M ANOREXIA NERVOSA | Anual (Últimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> | 307.1 | F50.0 |
| N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO | Anual (Últimos 3 meses) | <input type="checkbox"/> | 307.51 | F50.2 |
| | Anual | <input type="checkbox"/> | 307.1 | F50.0 |
| O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA | Anual (Últimos 6 meses) | <input type="checkbox"/> | 300.02 | F41.1 |
| P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional) | Vida inteira | <input type="checkbox"/> | 301.7 | F60.2 |

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **Entrevista:**

Com o objetivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

- **Apresentação:**

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o módulo “L” que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

- **Convenções:**

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (→) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “NÃO” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

- **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patricia AMORIM, M.D., PhD
Instituto HUMUS
Rua 89 nº 225 Setor Sul
74093-140 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 241 41 74
fax: + 55 241 41 74
e-mail: pat.amorim@terra.com.br

David V Sheehan, M.D.,
M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail
dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | |
|---|--|--|-----|----|
| A1 | Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 1 |
| A2 | Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? | NÃO | SIM | 2 |
| A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ? | | → NÃO | SIM | |
| A3 | Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas: | | | |
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |
| A4 | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO") | NÃO SIM * EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL | | |
| SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL: | | | | |
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | → NÃO | SIM | 10 |
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ? | NÃO | SIM | 11 |
| A5b É COTADA SIM ? | | NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE | | |

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

| | | | | |
|------|--|----------|-----|----|
| A6 a | A2 É COTADA SIM ? | NÃO | SIM | 12 |
| b | Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? | NÃO | SIM | 13 |
| | SE NÃO : Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente? | | | |
| A6a | OU A6b SÃO COTADAS SIM ? | → NÃO | SIM | |

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

| | | | | |
|------|--|-----|-----|----|
| A7 a | Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? | NÃO | SIM | 14 |
| b | Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? | NÃO | SIM | 15 |
| c | Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 16 |
| d | A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? | NÃO | SIM | 17 |
| e | A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? | NÃO | SIM | 18 |
| f | Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? | NÃO | SIM | 19 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

| | |
|---|------------|
| NÃO | SIM |
| EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL | |

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

| | | | | |
|----|--|--|----------|----|
| B1 | Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ? | → NÃO | SIM | 20 |
| B2 | Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ? | NÃO | → SIM | 21 |
| B3 | Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo: | | | |
| a | O seu apetite mudou de forma significativa ? | NÃO | SIM | 22 |
| b | Tem problemas de sono ou dorme demais ? | NÃO | SIM | 23 |
| c | Sente-se cansado ou sem energia ? | NÃO | SIM | 24 |
| d | Perdeu a auto-confiança ? | NÃO | SIM | 25 |
| e | Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? | NÃO | SIM | 26 |
| f | Sente-se sem esperança ? | NÃO | SIM | 27 |
| | HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3? | → NÃO | SIM | |
| B4 | Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ? | → NÃO | SIM | 28 |
| | B4 É COTADA SIM? | NÃO SIM TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL | | |

C. RISCO DE SUICÍDIO

| Durante o último mês: | | | | Pontos |
|------------------------------|--|-----|-----|---------------|
| C1 | Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ? | NÃO | SIM | 1 |
| C2 | Quis fazer mal a si mesmo (a) ? | NÃO | SIM | 2 |
| C3 | Pensou em suicídio ? | NÃO | SIM | 6 |
| C4 | Pensou numa maneira de se suicidar ? | NÃO | SIM | 10 |
| C5 | Tentou o suicídio ? | NÃO | SIM | 10 |
| Ao longo da sua vida: | | | | |
| C6 | Já fez alguma tentativa de suicídio ? | NÃO | SIM | 4 |

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

| | | NÃO | SIM |
|--------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| RISCO DE SUICÍDIO ATUAL | | | |
| 1-5 pontos | Baixo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6-9 pontos | Moderado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ≥ 10 pontos | Alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | |
|------|--|----------|-----|----|
| D1 a | Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL) | NÃO | SIM | 1 |
| | SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a). | NÃO | SIM | 2 |
| | SE D1a = SIM: b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia? | | | |
| D2 a | Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL) | NÃO | SIM | 3 |
| | SE D2a = SIM: b Sente-se, continuamente irritável atualmente? | NÃO | SIM | 4 |
| | D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ? | → NÃO | SIM | |
| D3 | SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável : | | | |
| a | Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? | NÃO | SIM | 5 |
| b | Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ? | NÃO | SIM | 6 |
| c | Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ? | NÃO | SIM | 7 |
| d | Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ? | NÃO | SIM | 8 |
| e | Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ? | NÃO | SIM | 9 |
| f | Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ? | NÃO | SIM | 10 |
| g | Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...)? | NÃO | SIM | 11 |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ? | → NÃO | SIM | |

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| NÃO | SIM |
| EPISÓDIO HIPOMANÍACO | |
| Atual | <input type="checkbox"/> |
| Passado | <input type="checkbox"/> |

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| NÃO | SIM |
| EPISÓDIO MANÍACO | |
| Atual | <input type="checkbox"/> |
| Passado | <input type="checkbox"/> |

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E P ASSAR AOMÓDULO SEGUINTE

| | | | | | |
|----|---|---|--|-----|----|
| E1 | a | Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? | → NÃO | SIM | 1 |
| | b | SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? | → NÃO | SIM | 2 |
| E2 | | Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ? | → NÃO | SIM | 3 |
| E3 | | Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ? | NÃO | SIM | 4 |
| E4 | | Durante o episódio em que se sentiu pior : | | | |
| | a | Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ? | NÃO | SIM | 5 |
| | b | Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ? | NÃO | SIM | 6 |
| | c | Teve tremores ou contrações musculares ? | NÃO | SIM | 7 |
| | d | Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ? | NÃO | SIM | 8 |
| | e | Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ? | NÃO | SIM | 9 |
| | f | Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ? | NÃO | SIM | 10 |
| | g | Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ? | NÃO | SIM | 11 |
| | h | Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ? | NÃO | SIM | 12 |
| | i | Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ? | NÃO | SIM | 13 |
| | j | Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ? | NÃO | SIM | 14 |
| | k | Teve medo de morrer ? | NÃO | SIM | 15 |
| | l | Teve dormências ou formigamentos no corpo ? | NÃO | SIM | 16 |
| | m | Teve ondas de frio ou de calor ? | NÃO | SIM | 17 |
| E5 | | E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ? | NÃO | SIM | |
| | | | <i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i> | | |
| E6 | | SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ? | NÃO | SIM | |
| | | SE E6 = "SIM", PASSAR A FL. | <i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i> | | |
| E7 | | Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ? | NÃO | SIM | 18 |
| | | | <i>Transtorno de Pânico Atual</i> | | |

F. AGORAFOBIA

| | | | | |
|----|--|-----|-----|----|
| F1 | Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? | NÃO | SIM | 19 |
|----|--|-----|-----|----|

SE F1 = "NÃO", COTAR "NÃO" EM F2.

| | | | | |
|----|---|-----|-----|----|
| F2 | Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ? | NÃO | SIM | 20 |
|----|---|-----|-----|----|

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "NÃO"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

| | |
|--|-----|
| NÃO | SIM |
| <i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i> | |

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA "SIM" ?

| | |
|--|-----|
| NÃO | SIM |
| <i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i> | |

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA "SIM"
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA "NÃO" ?

| | |
|--|-----|
| NÃO | SIM |
| <i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i> | |

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | | | | | |
|--|---|--|-----|---|-----|-----|--|--|
| G1 | Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ? | → NÃO | SIM | 1 | | | | |
| G2 | Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ? | → NÃO | SIM | 2 | | | | |
| G3 | Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ? | → NÃO | SIM | 3 | | | | |
| G4 | Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 4 | | | | |
| G4 É COTADA "SIM" ? | | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>FOBIA SOCIAL</i> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <i>ATUAL</i></td> </tr> </tbody> </table> | | | NÃO | SIM | <i>FOBIA SOCIAL</i> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <i>ATUAL</i> | |
| NÃO | SIM | | | | | | | |
| <i>FOBIA SOCIAL</i> <i>(Transtorno de Ansiedade Social)</i> <i>ATUAL</i> | | | | | | | | |

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | |
|--|--|--|-----|---|
| H1 | Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?) | NÃO → passar a H4 | SIM | 1 |
| NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS. | | | | |
| H2 | Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ? | NÃO → passar a H4 | SIM | 2 |
| H3 | Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ? | NÃO | SIM | 3 |
| obsessões | | | | |
| H4 | Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos? | NÃO | SIM | 4 |
| compulsões | | | | |
| H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ? | | NÃO | SIM | |
| H5 | Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ? | NÃO | SIM | 5 |
| H6 | Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ? | NÃO | SIM | 6 |
| H6 É COTADA "SIM" ? | | NÃO SIM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL | | |

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | |
|----|---|----------|-----|----|
| I1 | Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL... | → NÃO | SIM | 1 |
| I2 | Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo? | → NÃO | SIM | 2 |
| I3 | Durante o último mês: | | | |
| a | Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele? | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ? | NÃO | SIM | 8 |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ? | → NÃO | SIM | |
| I4 | Durante o último mês: | | | |
| a | Teve dificuldade de dormir ? | NÃO | SM | 9 |
| b | Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? | NÃO | SIM | 10 |
| c | Teve dificuldades de se concentrar ? | NÃO | SIM | 11 |
| d | Estava nervoso(a), constantemente alerta? | NÃO | SIM | 12 |
| e | Ficava sobressaltado(a) por quase nada? | NÃO | SIM | 13 |
| | HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ? | → NÃO | SIM | |
| I5 | Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 14 |

I5 É COTADA SIM?

| | |
|--|-----|
| NÃO | SIM |
| TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL | |

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|----|-----|-----|--|--|
| J1 | Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ? | → NÃO | SIM | 1 | | | | |
| J2 | Nos últimos 12 meses: | | | | | | | |
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ? | NÃO | SIM | 2 | | | | |
| b | Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 | | | | |
| c | Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 4 | | | | |
| d | Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ? | NÃO | SIM | 5 | | | | |
| e | Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ? | NÃO | SIM | 6 | | | | |
| f | Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ? | NÃO | SIM | 7 | | | | |
| g | Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 8 | | | | |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ? | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table> | | | NÃO | SIM | DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL | |
| NÃO | SIM | | | | | | | |
| DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL | | | | | | | | |
| J3 | Durante os últimos 12 meses: | | | | | | | |
| a | Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 9 | | | | |
| b | Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ? | NÃO | SIM | 10 | | | | |
| c | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido? | NÃO | SIM | 11 | | | | |
| d | Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 | | | | |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ? | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table> | | | NÃO | SIM | ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL | |
| NÃO | SIM | | | | | | | |
| ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL | | | | | | | | |

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?
- NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pilulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentamil (Inoval®)

ALUCINOGENEIOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) MAIS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a)?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? NÃO SIM 2

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

| | |
|---|----------|
| NÃO | → SIM |
| DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL | |

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

| | |
|---|-----|
| NÃO | SIM |
| ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL | |

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA.

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

| | | | | BIZARRO | |
|---|---|-----|-----|----------------|----|
| Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter. | | | | | |
| L1a | Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ? | NÃO | SIM | SIM | 1 |
| b | SE SIM : Atualmente acredita nisso ? | NÃO | SIM | SIM →L6a | 2 |
| L2a | Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ? | NÃO | | SIM | 3 |
| b | SE SIM : Atualmente acredita nisso ? | NÃO | | SIM →L6a | 4 |
| L3a | Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ? | NÃO | SIM | SIM | 5 |
| b | SE SIM : Atualmente acredita nisso ? | NÃO | SIM | SIM →L6a | 6 |
| L4a | Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você? | NÃO | SIM | SIM | 7 |
| b | SE SIM : Atualmente acredita nisso ? | NÃO | SIM | SIM →L6a | 8 |
| L5a | Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4 | NÃO | SIM | SIM | 9 |
| b | SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ? | NÃO | SIM | SIM | 10 |
| L6a | Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas? | NÃO | SIM | | 11 |
| b | SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês? | NÃO | SIM | SIM →L8a | 12 |

| | | | | |
|------|---|--|-----|----|
| L7a | Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES. | NÃO | SIM | 13 |
| b | SE SIM : Teve essas visões no último mês? <u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u> | NÃO | SIM | 14 |
| L8b | ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ? | NÃO | SIM | 15 |
| L9b | ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO? | NÃO | SIM | 16 |
| L10b | OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? | NÃO | SIM | 17 |
| L11 | DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? | NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i> | | |
| L12 | DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ? | NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i> | | |
| L13a | SE L12 É COTADA "SIM" E SE HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ? | → NÃO SIM | | |
| b | SE L13a é COTADA "SIM": Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ? | → NÃO SIM 18 | | |
| c | SE L13a é COTADA "SIM": ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ? | NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i> | | |
| d | L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"? | NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i> | | |

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | |
|-----|---|--|--|---|
| M1a | Qual é a sua altura ? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | | |
| b | Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg | | |
| c | O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO) | → NÃO SIM | | 1 |

Durante os últimos 3 meses:

| | | | | |
|-----|--|-----------------|--|---|
| M2 | Tentou não engordar , embora pesasse pouco ? | → NÃO SIM | | 2 |
| M3 | Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ? | → NÃO SIM | | 3 |
| M4a | Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ? | NÃO SIM | | 4 |
| b | Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ? | NÃO SIM | | 5 |
| c | Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ? | NÃO SIM | | 6 |
| M5 | HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ? | → NÃO SIM | | |
| M6 | APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ? | → NÃO SIM | | 7 |

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

| | |
|-------------------------------|-----|
| NÃO | SIM |
| ANOREXIA NERVOSA ATUAL | |

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

| Mulheres altura/ peso | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| cm | 145 | 147 | 150 | 152 | 155 | 158 | 160 | 163 | 165 | 168 | 170 | 173 | 175 | 178 | |
| kgs | 38 | 39 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 49 | 50 | 51 | |
| Homens altura/ peso | | | | | | | | | | | | | | | |
| cm | 155 | 156 | 160 | 163 | 165 | 168 | 170 | 173 | 175 | 178 | 180 | 183 | 185 | 188 | 191 |
| kgs | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 61 |

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | | | | | |
|---|--|--|-----|----|-----|-----|--|--|
| N1 | Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas? | → NÃO | SIM | 8 | | | | |
| N2 | Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ? | → NÃO | SIM | 9 | | | | |
| N3 | Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ? | → NÃO | SIM | 10 | | | | |
| N4 | Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ? | → NÃO | SIM | 11 | | | | |
| N5 | Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ? | → NÃO | SIM | 12 | | | | |
| N6 | O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)? | NÃO ↓ passar a N8 | SIM | 13 | | | | |
| N7 | Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ___ Kg* ? | NÃO | SIM | 14 | | | | |
| * RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO. NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA) | | | | | | | | |
| N8 | N5 É COTADA “SIM” E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)? | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </table> | | | NÃO | SIM | BULIMIA NERVOSA ATUAL | |
| NÃO | SIM | | | | | | | |
| BULIMIA NERVOSA ATUAL | | | | | | | | |
| | N7 É COTADA “SIM” ? | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL</td> </tr> </table> | | | NÃO | SIM | ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL | |
| NÃO | SIM | | | | | | | |
| ANOREXIA NERVOSA <i>tipo Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL | | | | | | | | |

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | | | | | | | |
|--|-----|--|---|-----|---|-----|-----|---|--|
| O1 | a | Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ? | → NÃO | SIM | 1 | | | | |
| | b | Teve essas preocupações quase todos os dias? | → NÃO | SIM | 2 | | | | |
| A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC].. | | | → NÃO | SIM | 3 | | | | |
| O2 | | Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? | → NÃO | SIM | 4 | | | | |
| DE O3 A O3f COTAR "NÃO" SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE | | | | | | | | | |
| O3 | | Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo: | | | | | | | |
| | a | Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? | NÃO | SIM | 4 | | | | |
| | b | Tinha os músculos tensos? | NÃO | SIM | 5 | | | | |
| | c | Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)? | NÃO | SIM | 6 | | | | |
| | d | Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / "brancos" ? | NÃO | SIM | 7 | | | | |
| | e | Sentia-se particularmente irritável ? | NÃO | SIM | 8 | | | | |
| | f | Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 9 | | | | |
| HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM O3 ? | | | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table> | | | NÃO | SIM | TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL | |
| NÃO | SIM | | | | | | | | |
| TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL | | | | | | | | | |

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

| | | | |
|------------------------------|--|----------|-------|
| P1 Antes dos 15 anos: | | | |
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ? | NÃO | SIM 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM 2 |
| c | Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ? | NÃO | SIM 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas de propósito ? | NÃO | SIM 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas de propósito? | NÃO | SIM 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM 6 |
| | HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1? | → NÃO | SIM |

NÃO COTAR "SIM" NAS QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

| | | | |
|-------------------------------|---|-----|--------|
| P2 Depois dos 15 anos: | | | |
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ? | NÃO | SIM 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM 8 |
| c | Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM 12 |
| | HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ? | | |

| | |
|---|-----|
| NÃO | SIM |
| TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA | |

REFERÊNCIAS

MINI. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho, 2002)

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

| Traduções | M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores | M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0: |
|--------------------|---|---|
| Afrikaans | R. Emsley | |
| Alemão | I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer | G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil |
| Árabe | | O. Osman, E. Al-Radi |
| Basco | | Em preparação |
| Bengali | | H. Banerjee, A. Banerjee |
| Búlgaro | | L.G. Hranov |
| Catalão | | Em preparação |
| Checo | | P. Zvolnsky |
| Chinês | | L. Carroll, K-d Juang |
| Croata | | Em preparação |
| Dinamarquês | P. Bech | P. Bech, T. Scütze |
| Esloveno | M. Kocmur | M. Kocmur |
| Espanhol | L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier | L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze |
| Estonian | J. Shlik, A. Ahoja, E. Kihl | |
| Farsi/Persa | | K. Khooshabi, A. Zomorodi |
| Finlandês | M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen | M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen |
| Francês | Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine | Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta |
| Grego | S. Beratis | T. Calligas, S. Beratis |
| Gujarati | | M. Patel, B. Patel |
| Hebreu | J. Zohar, Y. Sasson | R. Barda, I. Levinson |
| Hindi | | C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir |
| Holandês/ Flamenco | I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen | E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere |
| Húngaro | I. Bitter, J. Balazs | I. Bitter, J. Balazs |
| Inglês | D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan | D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan |
| Islandês | | J.G. Stefansson |
| Italiano | L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller | L. Conti, A. Rossi, P. Donda |
| Japonês | | T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima |
| Letão | V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads | V. Janavs, J. Janavs |
| Norueguês | G. Pedersen, S. Blomhoff | K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger |
| Polaco | M. Masiak, E. Jasiak | M. Masiak, E. Jasiak |
| Português | P. Amorim | P. Amorim, T. Guterres, P. Levy |
| Português - Brasil | P. Amorim | P. Amorim |
| Punjabi | | A. Gahunia, S. Gambhir |
| Romeno | | O. Driga |
| Russo | | A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky |
| Sérvio | I. Timotjevic | I. Timotjevic |
| Setswana | | K. Ketlogetswe |
| Sueco | M. Waern, S. Andersch, M. Humble | C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren |
| Turco | T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip | T. Örnek, A. Keskiner |
| Urdu | | A. Taj, S. Gambhir |

O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pelos laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Europeia

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa.

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

| | | |
|---------------|------------|---------------------|
| ANFETAMINA | ÊXTASE | MORFINA |
| BRANQUINHA | ERVA | ÓPIO |
| CANNABIS | ÉTER | DAIME |
| BASEADO | GASOLINA | PÓ |
| COCAÍNA | HASHISH | RITALINA |
| CODEÍNA | HEROÍNA | COGUMELO |
| COLA | L.S.D. | VEGETAL |
| CRACK | MARIJUANA | REBITE |
| MACONHA | CHEIRINHO | LOLÓ |
| MERLA | BOLINHA | MESCALINA |
| ARTANE | ESTERÓIDES | PÍLULAS TIRA-FOME |
| CALMANTES | DOLANTINA | ALGAFAN |
| AYHUASCA | PEDRA | TARJA PRETA |
| ANABOLISANTES | LANÇA | REMÉDIO PARA DORMIR |